

# Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné



Société  
canadienne  
du sang

SANG  
PLASMA  
CELLULES SOUCHES  
ORGANES  
ET TISSUS

## RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN DEMANDEUR

Utilisez ce formulaire pour une première demande, un renouvellement de contrat ou une mise à jour. Pour les demandes subséquentes, utilisez le formulaire de commande de protéines plasmatiques en indiquant votre numéro de contrat. S'applique uniquement aux produits autorisés au Canada; pour les produits non autorisés, consultez la page Web du Programme d'accès spécial de Santé Canada. Les formulaires incomplets seront retournés. **Envoyez ensemble demande(s) et commande(s) au centre de distribution régional de la Société canadienne du sang deux semaines avant que le produit soit requis. À noter que si une approbation médicale est requise, le traitement de la demande pourrait prendre jusqu'à trente jours.**

### **Section I : Hôpital demandeur et patient (à remplir pour tous les types de demande)**

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

Adresse d'expédition  
(si autre que l'établissement demandeur) : \_\_\_\_\_

Identifiant du patient : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Ex. : n° du patient à la clinique; s'il n'y en a pas, quatre derniers chiffres de la carte santé (ne pas indiquer le n° complet de la carte santé)

Médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom, nom \_\_\_\_\_ Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

### **Section II : Patient existant (changement, renouvellement ou informations complémentaires) ou S.O.**

N° de patient : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_  
(Société canadienne du sang) (Société canadienne du sang)

**Raison du changement  
ou du renouvellement :**

### **Section III : Produit et critères ou S.O.**

**Diagnostic :**

<b>Eloctate <input type="checkbox"/></b>	<b>Alprolix <input type="checkbox"/></b>	<b>Hemlibra <input type="checkbox"/></b>	<b>Panhematin <input type="checkbox"/></b>	<b>Jivi <input type="checkbox"/></b>
<b>Critères (au moins un)</b> Jusqu'à 100 jours d'exposition <input type="checkbox"/> Induction de la tolérance immunitaire (ITI) <input type="checkbox"/> Autre (justifier à la page 2) <input type="checkbox"/>  Une approbation médicale est requise (environ 30 jours) pour tout critère « Autre ».	<b>Critères (au moins un)</b> Âge : < 18 ans <input type="checkbox"/> Autre (justifier à la page 2) <input type="checkbox"/>	Hémophilie A congénitale (carence en facteur VIII) avec présence d'inhibiteurs (anticorps) contre le facteur VIII (> 0,6 UB/ml) confirmée à plusieurs reprises par des analyses appropriées. <b>ET</b> Produit prescrit par un médecin affilié à un centre de traitement de l'hémophilie.	Le patient a-t-il déjà reçu ce traitement (demande de réapprovisionnement)? <input type="checkbox"/> Si oui, combien de flacons ont été utilisés? Format _____ Quantité _____ ou S.O. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soulage les crises récurrentes de porphyrie aiguë intermittente temporairement liées au cycle menstruel chez les femmes qui en souffrent, lorsqu'on observe ou qu'on soupçonne que le traitement initial par les glucides est inadéquat. <input type="checkbox"/> Pour usage urgent	<b>Critères :</b> Patient présentement traité au Kovaltry <input type="checkbox"/> Autre (justifier à la page 2) <input type="checkbox"/> Approbation médicale requise
Date prévue de la transition vers l'autre produit : _____				

**Autre produit :**  
(Une approbation médicale peut être requise.)

**Veillez préciser les critères ou indications d'utilisation :**

# Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné



Société  
canadienne  
du sang

SANG  
PLASMA  
CELLULES SOUCHES  
ORGANES  
ET TISSUS

Justification ou commentaires :

## Section IV : Quantité totale de flacons requise

(pour connaître les produits et formats disponibles, voir le formulaire de commande)

Durée du traitement (en mois) :

Format	Format	Format	Format	Format
Quantité	Quantité	Quantité	Quantité	Quantité

Fréquence de ramassage : Chaque mois  Tous les 2 mois  Tous les 3 mois  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Date du prochain ramassage :

La durée maximale des contrats étant de **12 mois**, une demande de renouvellement est exigée tous les 12 mois.

Commentaires :

## Section V: Medical Review and SAP Information, CBS Use Only

Approved  Approved with conditions  Denied  Reviewed  Eloctate or Alprolix 30-day approval  N/A

*See Medical Review if product criteria not met*

Comments:

If medical review was obtained verbally: indicate results of review and in comment section record as per Doctor (input doctors name) initial and date.  
Example: as per Dr. Jane Doe LA 2019-07-27

Completed by and date: \_\_\_\_\_

SAP Patient #:

SAP Contract #:

Entered by and date: \_\_\_\_\_